



Genre et disparités: l'exemple du tabagisme

Rev Med Suisse 2015; 11: 1298-303

C. Clair
M. J. J. de Kleijn
N. Jaunin-Stalder
J. Cornuz

Gender and disparities: the example of tobacco smoking

Smoking prevalence is globally five times higher among men compared to women but this gap tends to decrease. Regarding health consequences of smoking, women tend to be more vulnerable than men. They are namely more at risk to present certain lung cancers and die of cardiovascular disease. While men are less prone to seek help for smoking cessation, women are less successful in their quit attempts and smoking cessation treatments are less effective among them. Interventions for smoking cessation and preventive measures tailored to gender specificities have the potential to improve management of smokers and decrease gender disparities in health-care.

La prévalence mondiale du tabagisme est environ cinq fois plus importante chez les hommes que chez les femmes, toutefois cet écart tend à s'égaliser. En ce qui concerne les conséquences sur la santé du tabagisme, les femmes semblent plus susceptibles que les hommes. Elles sont notamment plus à risque de présenter certains cancers pulmonaires ou de décéder de maladies cardiovasculaires. Si les hommes sont moins enclins à demander de l'aide pour arrêter de fumer, les femmes quant à elles ont moins de succès dans leurs tentatives d'arrêt et les traitements semblent moins efficaces chez ces dernières. Des interventions d'aide à l'arrêt et des mesures de prévention du tabagisme adaptées aux spécificités de genre ont le potentiel d'améliorer la prise en charge des fumeurs et de diminuer les disparités de genre en santé.

INTRODUCTION

Le genre, défini comme les caractéristiques des femmes et des hommes déterminées socio-culturellement,¹ est considéré comme un déterminant de santé au même titre que l'âge, le niveau socio-économique ou encore la culture ou l'ethnicité² (tableau 1). Le genre est une notion dynamique qui évolue en fonction du temps, mais aussi de la culture ou du lieu géographique. L'influence du genre sur la santé, souvent opposée à celle du sexe biologique, est cependant rarement isolée et souvent liée de façon étroite et complexe à celle du sexe. La non-prise en compte des différences liées au genre et au sexe ou au contraire les stéréotypes de genre peuvent mener à d'importantes disparités en santé. Il est dès lors important d'intégrer la dimension du genre et du sexe en médecine et de la voir sous un angle «intersectionnel» en conjonction avec d'autres déterminants de santé comme l'âge, la classe ou l'ethnicité. Dans cet article, nous allons aborder la problématique du tabagisme sous un angle «genre», afin de mieux comprendre les différences entre les hommes et les femmes quant à sa prévalence, ses conséquences sur la santé ainsi que sa prise en charge et sa prévention.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Au niveau mondial, il y a plus d'hommes que de femmes qui fument, mais de grandes variations existent en fonction des pays et régions.^{3,4} En 2012, on estimait la prévalence mondiale du tabagisme à 31% chez les hommes contre 6% chez les femmes.⁴ Cette étude s'intéressait au tabac de fabrication industrielle et non industrielle, dont le tabac non fumé (snus, chicha, tabac à chiquer). Il est toutefois possible que la consommation de tabac ait été sous-estimée, notamment dans certains pays comme l'Inde où une grande proportion de femmes chiquent du tabac.⁵ A l'échelle mondiale, on estime que 16% des décès sont attribuables au tabac chez les hommes pour 7% chez les femmes.⁶ Les hommes ont été et restent donc clairement plus touchés que les femmes par l'épidémie du tabac. Toutefois, malgré une diminution globale de la prévalence du tabagisme durant les dernières décennies dans les pays à haut revenu,⁷ l'écart entre la prévalence des hommes



Tableau I. Sexe et genre: définitions de l'Organisation mondiale de la santé¹

Sexe
Se réfère davantage aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient les hommes des femmes

Genre
Sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes

et des femmes a passablement diminué.⁸ Par conséquent, dans la plupart des pays à haut revenu, la prévalence du tabagisme est à peu près identique entre les hommes et les femmes, particulièrement chez les jeunes.^{9,10} Dans certains pays comme la Bulgarie, la Suède ou encore la Nouvelle-Zélande, dans la catégorie des «13-15 ans» la propor-

tion de filles qui fument est plus importante que chez les garçons.³ En Suisse, les statistiques du dernier Monitorage suisse des addictions rapportent une prévalence du tabagisme chez les personnes de plus de 15 ans de 29,7% chez les hommes pour 20,6% chez les femmes.¹¹

Selon les stades de l'épidémie du tabagisme, les femmes ont commencé de fumer 20 à 30 ans plus tard que les hommes dans les pays occidentaux¹² (figure 1). Les conséquences sur la santé ainsi que la mortalité attribuables au tabac chez les femmes ont dès lors également quelques décennies de délai par rapport aux hommes. Le tabagisme est fortement associé à l'égalité des sexes et à la condition des femmes.¹³ En effet, les pays avec une émancipation féminine importante – en d'autres termes, les pays où les conditions de parité sont bonnes – sont ceux où l'on observe les plus hauts ratios de prévalence du tabagisme femmes/hommes.¹³ Dans les pays à revenus moyen à bas, ce ratio

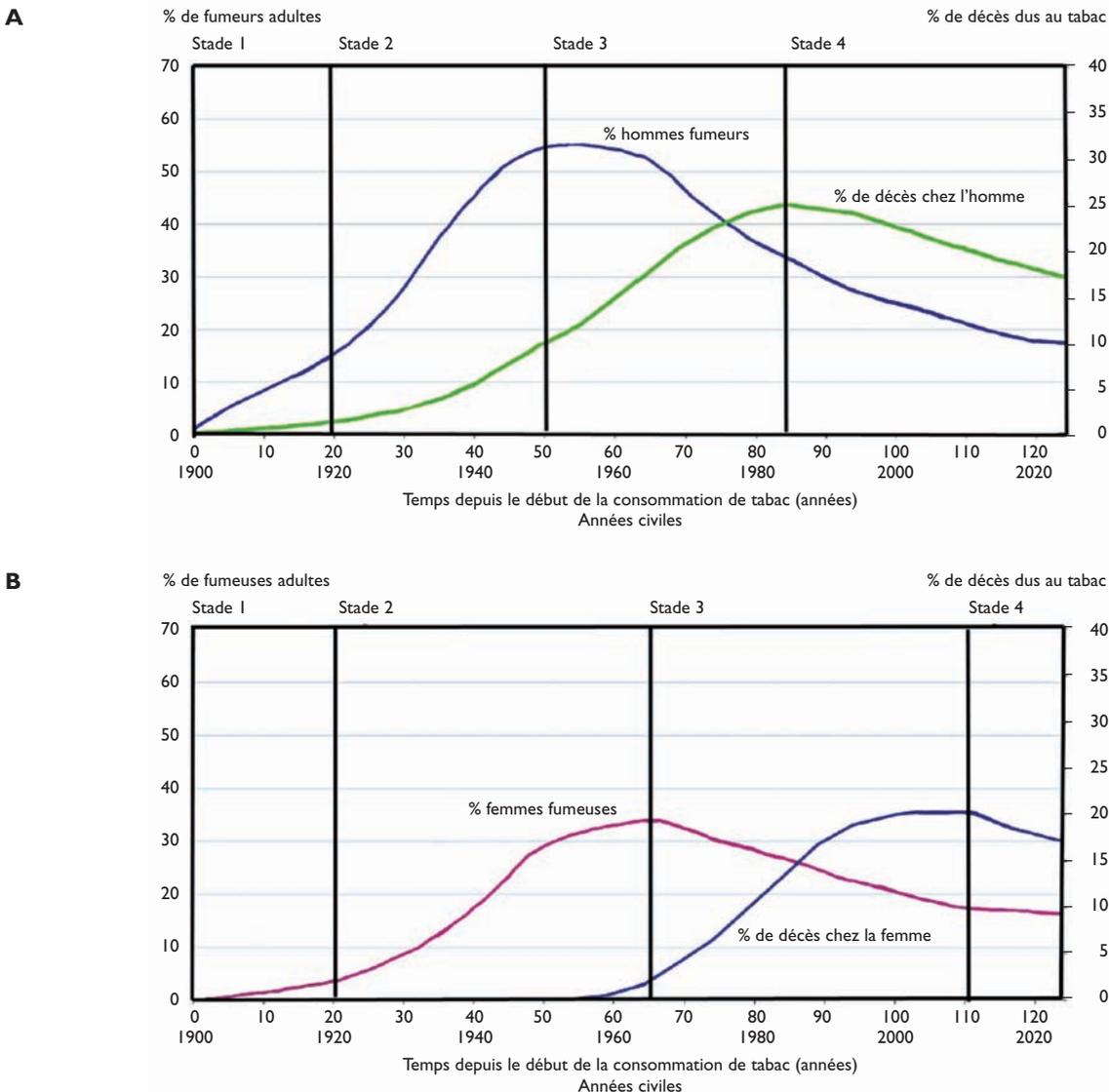


Figure 1. Prévalence du tabagisme et proportion de décès liés au tabagisme chez les hommes et les femmes dans les pays à haut revenu
(Adaptée de réf.¹²).

tend également à augmenter en raison, en partie, des efforts de l'industrie du tabac pour inciter les femmes à fumer en modifiant progressivement les normes sociales de genre.¹⁴

PARTICULARITÉ DU GENRE DANS L'INITIATION DU TABAGISME ET RÔLE DE L'INDUSTRIE

Dans le monde, environ 80-100 000 jeunes deviennent dépendants au tabac chaque jour¹⁵ et le comportement tabagique établi durant l'adolescence devient très souvent une habitude à vie, voire une dépendance. En effet, 88% des fumeurs quotidiens adultes rapportent avoir commencé à fumer avant l'âge de 18 ans.¹⁶ Les motivations pour initier le tabagisme à un jeune âge semblent différer entre les filles et les garçons. Chez les adolescents, la pression sociale, notamment par les pairs, dans l'initiation du tabagisme est un facteur plus important chez les filles que chez les garçons.¹⁷ De même, une plus forte identification aux stars de cinéma qui fument a également été observée chez les jeunes filles.¹⁸ Les femmes sont plus susceptibles d'utiliser les cigarettes comme une stratégie pour gérer leur poids et lutter contre le stress ou des émotions négatives alors que les hommes fument davantage par habitude ou pour augmenter les effets psychoactifs positifs de la cigarette.¹⁹⁻²³

L'industrie du tabac a longtemps utilisé et continue d'utiliser les normes de genre et leurs changements pour promouvoir la consommation de ses produits aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Par exemple, le tabagisme comme symbole de masculinité et de liberté a longtemps été utilisé pour cibler la population masculine²⁴ (figure 2). L'industrie du tabac a également ciblé les femmes en pro-

posant des paquets de cigarettes plus féminins ou des cigarettes dites moins nocives comme les cigarettes «light» ou «mild» dans l'idée d'attirer davantage de fumeuses.²⁵ L'argument du contrôle du poids par la cigarette a également été un élément important pour cibler les jeunes femmes.²⁶ Dans les années 1960 et 1970, de nombreuses marques ont utilisé l'image de l'émancipation féminine pour promouvoir leurs produits auprès des femmes (figure 3). Cette publicité date de 1971 et vante les cigarettes «Virginia Slims», une marque développée par Philip Morris, destinée exclusivement aux femmes. Cette publicité exploite les mouvements civiques de l'époque en montrant l'image d'une femme forte, indépendante et libérée, poussée à son paroxysme puisqu'une super-héroïne y est illustrée. Sur la base d'arguments pseudo scientifiques, les auteurs déclarent la femme *supérieure* à l'homme en inversant les schémas dénoncés par les mouvements féministes de l'époque. Ils ne font cependant que reproduire ce que certaines théories sexistes ont fait auparavant, à savoir utiliser des différences biologiques pour asseoir la supériorité d'un sexe par rapport à l'autre.

E-CIGARETTES ET GENRE

Au vu de l'apparition récente et de l'intérêt croissant pour la cigarette électronique (e-cigarette) dans les pays occidentaux, il est intéressant de s'interroger sur les éventuelles différences hommes/femmes quant à son adoption. En 2012, une enquête auprès de plus de 26 000 jeunes de 27 pays de l'Union européenne n'a pas montré de différences de genre dans l'utilisation d'e-cigarettes.²⁷ En Suisse, selon



Figure 2. Exemple de publicité ciblant les hommes⁶⁵



Figure 3. Publicité des années 70 associant la cigarette à l'émancipation féminine⁶⁵



une enquête de 2013, il y a sensiblement moins de femmes qui «vapotent» que d'hommes (0,7% vs 1,6% qui ont utilisé une e-cigarette lors des 30 derniers jours).²⁸ Les femmes semblent préférer les liquides aromatisés doux ou sucrés, alors que les hommes préféreraient un goût plus classique comme le goût tabac.²⁹ Du côté du marketing, il est intéressant de voir que les mêmes stratégies que l'industrie de la cigarette sont utilisées pour cibler les jeunes consommatrices et consommateurs (figure 4).

RISQUES LIÉS AU TABAGISME: QUELQUES DIFFÉRENCES HOMMES/FEMMES

Les femmes sont globalement plus à risque d'avoir des effets négatifs sur la santé dus au tabac que les hommes. Nous n'aborderons pas ici les maladies spécifiquement féminines ou liées à la grossesse qui ont été traitées ailleurs.³⁰ Le tabagisme léger est lié à une mortalité plus importante chez les femmes que chez les hommes selon une récente étude de cohorte.³¹ Plusieurs études suggèrent que pour un nombre donné de cigarettes fumées, les femmes seraient à risque plus élevé de développer des cancers pulmonaires (notamment carcinomes à petites cellules et épidermoïde) comparées aux hommes.³²⁻³⁴ Les femmes qui fument ont un risque augmenté d'environ 60% de maladie cardiovasculaire comparées aux hommes (RR 2,24; IC 95%: 1,85-2,71 fumeuses vs non-fumeuses et RR: 1,57; IC 95%: 1,25-1,97 fumeurs vs non-fumeurs).³⁵ D'autres études ont également montré de façon consistante que la coexistence de tabagisme et de la pilule contraceptive orale est associée à une augmentation de dix fois de maladie coronarienne.³⁶ Chez la femme, le tabagisme est associé à une diminution plus sévère de la fonction pulmonaire et une apparition plus précoce de la BPCO.^{37,38}

Parmi les personnes non fumeuses, les femmes sont plus à risque d'être exposées au tabagisme passif et aux risques

qui en découlent (cancer pulmonaire, maladie cardiovasculaire). Les taux de décès liés au cancer du poumon dans l'Union européenne sont à peu près trois fois plus élevés chez les femmes non fumeuses que chez les hommes non fumeurs, ce qui est probablement attribuable à une exposition plus importante des femmes au tabagisme passif de leurs partenaires.³⁹

DIFFÉRENCES HOMMES/FEMMES DANS LES BÉNÉFICES ET RISQUES DE L'ARRÊT

L'arrêt du tabac améliore la plupart des *outcomes* de santé chez les femmes et chez les hommes. On estime que les fumeurs ou fumeuses qui arrêtent entre 25 et 34 ans gagnent en moyenne dix ans de vie comparé à ceux ou celles qui continuent de fumer.⁴⁰ Les bénéfices en termes de survie ne semblent pas différer entre les hommes et les femmes, bien que les études avec le plus long suivi ont principalement inclus des hommes.⁴¹

La prise de poids est l'une des rares conséquences négatives sur la santé associée à l'arrêt du tabac. La plupart des fumeurs prennent du poids à l'arrêt et ceci se produit rapidement dans les six mois après.⁴² Les fumeurs prennent entre 4 et 5 kg en moyenne.⁴³ Les études suggèrent que les femmes sont plus à risque de prendre du poids à l'arrêt que les hommes, particulièrement les jeunes femmes qui fument beaucoup.⁴⁴ Des symptômes dépressifs peuvent également survenir à l'arrêt et les femmes semblent là encore plus vulnérables que les hommes.⁴⁵

DIFFÉRENCES DE GENRE DANS L'ARRÊT DU TABAC

Les femmes semblent tout autant désireuses d'arrêter de fumer que les hommes⁴⁶ et seraient même plus susceptibles de demander de l'aide,⁴⁷ mais des études sug-



Figure 4. Similitudes entre les stratégies de l'industrie de la cigarette électronique et de celle du tabac⁶⁵



gèrent qu'elles y parviendraient moins bien.^{8,9,48} Plusieurs hypothèses peuvent l'expliquer. La substitution nicotinique, notamment les patchs transdermiques, serait moins efficace chez les femmes comparées aux hommes.⁴⁹⁻⁵¹ Cela peut être en partie lié au fait que les femmes préménopausées métabolisent la nicotine plus rapidement que les hommes en raison notamment d'un taux plus élevé d'œstrogènes.⁵² Un métabolisme plus rapide de nicotine est associé à une dépendance plus forte et donc à davantage de *craving* et de difficultés à arrêter de fumer. Une autre hypothèse est que le phénomène d'addiction chez les femmes est renforcé par le contexte social et sensoriel et non uniquement par l'effet addictif de la nicotine. Les femmes auraient plus de *stresseurs*, moins de support social et souffriraient davantage de dépression que les hommes, tous ces facteurs contribuant à diminuer les chances de réussite d'arrêt. Les femmes seraient également plus à risque de reporter la prise de poids comme une barrière à l'arrêt⁵³ ou de rechuter à cause d'une prise de poids.^{54,55}

INTERVENTIONS ET PRÉVENTION GENRÉES

Une revue récente et extensive de la littérature a montré qu'il existe quelques interventions effectuées spécifiquement chez les hommes ou chez les femmes ou dans des sous-groupes (en particulier les femmes enceintes), mais peu de réelles interventions d'aide à l'arrêt du tabac prenant en compte les spécificités de genre.⁵⁶ Une revue systématique des interventions d'arrêt du tabac ciblées sur les femmes a recensé 44 études d'interventions qui rapportaient les problématiques de la prise de poids, du management du stress et de l'humeur, ainsi que des programmes adaptant la date d'arrêt au cycle menstruel.⁵⁷ Parmi ces études d'efficacité, celles s'intéressant à la prise de poids et offrant des messages centrés sur les bénéfices de l'arrêt plutôt que les risques de la consommation étaient les plus prometteuses.⁵⁵ Concernant l'adaptation de la date d'arrêt au cycle menstruel, une étude pilote a évalué son efficacité.⁵⁸ Se basant sur le fait que les symptômes de sevrage sont plus importants durant la phase lutéale que durant la phase folliculaire, un arrêt planifié durant la phase folliculaire (premier jour des règles-J14) semblait en effet plus efficace que durant la phase lutéale (J14-J28) (32 vs 19% sans toutefois que cette différence soit significative sur le plan statistique). Une revue systématique de la littérature a identifié onze études testant des interventions d'aide à l'arrêt de la cigarette spécifiquement chez les hommes.⁵⁹ Parmi ces interventions, seules deux étaient réellement adaptées à leurs besoins spécifiques. Une étude de cohorte ciblant les partenaires de femmes enceintes⁶⁰ et une autre proposant des groupes de soutien pour les hommes homosexuels⁶¹ ont montré une efficacité.

CONCLUSION

La prévalence du tabagisme reste globalement bien plus importante chez les hommes que chez les femmes mais des changements importants se sont produits, notamment depuis les années 1960. Dans la plupart des pays à haut revenu, il y a actuellement presque autant de femmes qui

fument que d'hommes. Les conséquences sur la santé du tabagisme se manifestent de façons différentes en fonction du genre et peuvent conduire à d'importantes disparités en santé. L'industrie du tabac a su utiliser les spécificités de genre pour cibler son marketing, notamment auprès des femmes. Les campagnes de prévention et les interventions d'aide à l'arrêt du tabac ont quant à elles très peu intégré la dimension du genre. Il est important de développer et tester des interventions pour l'arrêt du tabac ajustées aux spécificités de genre.^{56,62,63} Des interventions d'aide à l'arrêt du tabac ciblant les barrières classiquement vécues par les femmes comme la prise de poids ou l'humeur dépressive et mettant en avant les bénéfices de l'arrêt en sont un exemple.⁶⁴ Des interventions adaptées aux hommes et à leurs besoins sont également indispensables dans la mesure où ils sont moins susceptibles de demander de l'aide pour arrêter de fumer ou de prendre part à des interventions et restent les principales victimes du tabagisme. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- Les hommes sont moins susceptibles de demander de l'aide pour arrêter de fumer, il est dès lors important d'aborder systématiquement la question du tabac et de leur proposer de l'aide pour arrêter le cas échéant
- Les femmes sont plus à risque de rechute lors d'une tentative de sevrage tabagique en raison notamment d'un métabolisme plus rapide de la nicotine entraînant une moins bonne réponse aux traitements substitutifs de nicotine, d'une crainte de prise pondérale et de risque de dépression. Il est dès lors important de les soutenir sur le plan motivationnel, d'adresser les barrières à l'arrêt et de leur proposer un traitement adéquat

Adresses

Dr Carole Clair
Pr Jacques Cornuz
PMU, Université de Lausanne
1011 Lausanne
carole.clair@hospvd.ch
jacques.cornuz@chuv.ch

Dr Miriam J. J. de Kleijn
Gender & Women's Health Radboud UMC
Huispost 118
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen
The Netherlands

Dr Nicole Jaunin-Stalder
Cabinet médical de Cugy
Route de Lausanne 13
1053 Cugy

Bibliographie

- 1 www.who.int/gender/whatisgender/fr/. Accessed 26.03.2015.
- 2 Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. 2010.
- 3 WHO. The Tobacco Atlas. www.tobaccoatlas.org/. Accessed 23/03/2015.
- 4 Ng M, Freeman MK, Fleming TD, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *JAMA* 2014;311:183-92.
- 5 Sreeramareddy CT, Pradhan PM, Mir IA, Sin S. Smoking and smokeless tobacco use in nine South and Southeast Asian countries: Prevalence estimates and social determinants from demographic and health surveys. *Popul Health Metr* 2014;12:22.
- 6 WHO Global Report: Mortality attributable to tobacco. www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/: World Health Organization; 2012.
- 7 Marques-Vidal P, Cerveira J, Paccaud F, Cornuz J. Smoking trends in Switzerland, 1992-2007: A time for optimism? *J Epidemiol Community Health* 2011;65:281-6.
- 8 Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, et al. Trends in cigarette smoking in the United States. The changing influence of gender and race. *JAMA* 1989;261:49-55.
- 9 Blake SM, Klepp KI, Pechacek TF, et al. Differences in smoking cessation strategies between men and women. *Addict Behav* 1989;14:409-18.
- 10 Sorensen G, Pechacek TF. Attitudes toward smoking cessation among men and women. *J Behav Med* 1987;10:129-37.
- 11 Gmel C, Kuendig H, Notari L, Gmel C. Monitoreuse suisse des addictions: consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2013. Lausanne, Suisse: Addiction Suisse, 2014.
- 12 ** Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez AD. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control* 2012;21:96-101.
- 13 Hitchman SC, Fong GT. Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios. *Bull World Health Organ* 2011;89:195-202.
- 14 Lee S, Ling PM, Glantz SA. The vector of the tobacco epidemic: Tobacco industry practices in low and middle-income countries. *Cancer Causes Control* 2012;23(Suppl. 1):117-29.
- 15 Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. The World Bank. *Tob Control* 1999;8:196-201.
- 16 Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General. Executive summary. *MMWR Recomm Rep* 1994;43:1-10.
- 17 Hoving C, Reubsat A, de Vries H. Predictors of smoking stage transitions for adolescent boys and girls. *Prev Med* 2007;44:485-9.
- 18 Distefan JM, Pierce JP, Gilpin EA. Do favorite movie stars influence adolescent smoking initiation? *Am J Public Health* 2004;94:1239-44.
- 19 * Women and smoking: A report of the Surgeon General 2001.
- 20 Berlin I, Singleton EG, Pedarriosse AM, et al. The modified reasons for smoking scale: Factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction* 2003;98:1575-83.
- 21 Fulkerson JA, French SA. Cigarette smoking for weight loss or control among adolescents: Gender and racial/ethnic differences. *J Adolesc Health* 2003;32:306-13.
- 22 Meyer KA, Kushi LH, Jacobs DR, et al. Dietary fat and incidence of type 2 diabetes in older Iowa women. See comment. *Diabetes Care* 2001;24:1528-35.
- 23 Perkins KA, Donny E, Caggiola AR. Sex differences in nicotine effects and self-administration: Review of human and animal evidence. *Nicotine Tob Res* 1999;1:301-15.
- 24 Dutta MJ, Boyd J. Turning «smoking man» images around: Portrayals of smoking in men's magazines as a blueprint for smoking cessation campaigns. *Health Commun* 2007;22:253-63.
- 25 Pierce JP, Messer K, James LE, et al. Camel No. 9 cigarette-marketing campaign targeted young teenage girls. *Pediatrics* 2010;125:619-26.
- 26 Amos A, Haglund M. From social taboo to «torch of freedom»: The marketing of cigarettes to women. *Tob Control* 2000;9:3-8.
- 27 Vardavas CI, Filippidis FT, Agaku IT. Determinants and prevalence of e-cigarette use throughout the European Union: A secondary analysis of 26 566 youth and adults from 27 Countries. *Tob Control* 2014; epub ahead of print.
- 28 Kuendig H, Notari L, Gmel G. La cigarette électronique en Suisse en 2013 – Analyse des données du Monitoreuse suisse des addictions. Lausanne, Suisse: Addiction Suisse, 2014.
- 29 Dawkins L, Turner J, Roberts A, Soar K. Vaping' profiles and preferences: An online survey of electronic cigarette users. *Addiction* 2013;108:1115-25.
- 30 * Willi C, de Torrente de la Jara G, Cornuz J, Clo-suit A. Cycles de vie d'une femme et tabac. *Rev Med Suisse* 2006;2:1696-700.
- 31 Hurley MA. Light smoking at base-line predicts a higher mortality risk to women than to men: Evidence from a cohort with long follow-up. *BMC Public Health* 2014;14:95.
- 32 Mucha L, Stephenson J, Morandi N, Dirani R. Meta-analysis of disease risk associated with smoking, by gender and intensity of smoking. *Gend Med* 2006;3:279-91.
- 33 Papadopoulos A, Guida F, Leffondre K, et al. Heavy smoking and lung cancer: Are women at higher risk? Result of the ICARE study. *Br J Cancer* 2014;110:1385-91.
- 34 Kiyohara C, Ohno Y. Sex differences in lung cancer susceptibility: A review. *Gend Med* 2010;7:381-401.
- 35 Prescott E, Hippe M, Schnohr P, Hein HO, Vestbo J. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: Longitudinal population study. *BMJ* 1998;316:1043-7.
- 36 Tanis BC, van den Bosch MA, Kemmeren JM, et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 2001;345:1787-93.
- 37 Watson L, Vestbo J, Postma DS, et al. Gender differences in the management and experience of chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* 2004;98:1207-13.
- 38 Ohar J, Fromer L, Donohue JF. Reconsidering sex-based stereotypes of COPD. *Prim Care Respir J* 2011;20:370-8.
- 39 * WHO. Gender, women and the tobacco epidemic. 2010.
- 40 Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013;368:341-50.
- 41 Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519.
- 42 * Filozof C, Fernandez Pinilla MC, Fernandez-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev* 2004;5:95-103.
- 43 Aubin HJ, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: Meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e4439.
- 44 Locatelli I, Collet TH, Clair C, Rodondi N, Cornuz J. The joint influence of gender and amount of smoking on weight gain one year after smoking cessation. *Int J Environ Res Public Health* 2014;11:8443-55.
- 45 * de Torrente de la Jara G, Willi C, Cornuz J, Clo-suit A. Femmes et tabagisme: spécificités épidémiologiques et cliniques. *Rev Med Suisse* 2006;2:1689-95.
- 46 Fong GT, Hammond D, Laux FL, et al. The near-universal experience of regret among smokers in four countries: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res* 2004;6(Suppl. 3):S341-51.
- 47 Zhu S, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: A population-based analysis. *Am J Prev Med* 2000;18:305-11.
- 48 Scharf D, Shiffman S. Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled- and meta-analyses of clinical trials of bupropion SR. *Addiction* 2004;99:1462-9.
- 49 Munafo M, Bradburn M, Bowes L, David S. Are there sex differences in transdermal nicotine replacement therapy patch efficacy? A meta-analysis. *Nicotine Tob Res* 2004;6:769-76.
- 50 Perkins KA, Scott J. Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. *Nicotine Tob Res* 2008;10:1245-50.
- 51 Weinberger AH, Smith PH, Kaufman M, McKee SA. Consideration of sex in clinical trials of transdermal nicotine patch: A systematic review. *Exp Clin Psychopharmacol* 2014;22:373-83.
- 52 Benowitz NL, Lessov-Schlaggar CN, Swan GE, et al. Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. *Clin Pharmacol Ther* 2006;79:480-8.
- 53 Pirie PL, Murray DM, Luepker RV. Gender differences in cigarette smoking and quitting in a cohort of young adults. *Am J Public Health* 1991;81:324-7.
- 54 Robert C. Klesges LMK. Cigarette smoking as a dieting strategy in a university population. *Int J Eat Disord* 1988;7:413-19.
- 55 Toll BA, Salovey P, O'Malley SS, et al. Message framing for smoking cessation: The interaction of risk perceptions and gender. *Nicotine Tob Res* 2008;10:195-200.
- 56 ** Bottorff JL, Haines-Saah R, Kelly MT, et al. Gender, smoking and tobacco reduction and cessation: A scoping review. *Int J Equity Health* 2014;13:114.
- 57 Torchalla I, Okoli CT, Bottorff JL, et al. Smoking cessation programs targeted to women: A systematic review. *Women Health* 2012;52:32-54.
- 58 Carpenter MJ, Saladin ME, Leinbach AS, Larowe SD, Upadhyaya HP. Menstrual phase effects on smoking cessation: A pilot feasibility study. *J Womens Health* 2008;17:293-301.
- 59 Okoli C, Torchalla I, Oliffe J, Bottorff J. Men's smoking cessation interventions: A brief review. *J Mens Health* 2011;8:100-8.
- 60 Stanton WR, Lowe JB, Moffatt J, Del Mar CB. Randomised control trial of a smoking cessation intervention directed at men whose partners are pregnant. *Prev Med* 2004;38:6-9.
- 61 Harding R, Bensley J, Corrigan N. Targeting smoking cessation to high prevalence communities: Outcomes from a pilot intervention for gay men. *BMC Public Health* 2004;4:43.
- 62 Carroll KM, Rounsaville BJ. A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Addiction* 2007;102:850-62; discussion 863-9.
- 63 Perkins KA. Smoking cessation in women. Special considerations. *CNS Drugs* 2001;15:391-411.
- 64 Fiore M, Jaén C, Baker T, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008, update. Rockville, MD.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008.
- 65 http://tobacco.stanford.edu/tobacco_main/main.php, Accessed 27 March 2015.

* à lire; ** à lire absolument